



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN**

**PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN  
DEL PARTO**

**Profesora**

**Dra. María Pilar Gabela Berrones**

**Autora**

**Lic. Erika Maricel Maldonado Leiva**

**2024**

## RESUMEN

Protocolo de seguridad del paciente es un conjunto de estrategias organizadas de manera lógica, aplicadas durante la atención del parto por parte del equipo de salud. Estas estrategias, basadas en la evidencia y efectivas; se implementan con el fin de fortalecer la seguridad del paciente y mejorar el desempeño, así como identificar riesgos y prevenir eventos adversos, que puedan surgir durante el parto, minimizando así el riesgo para la salud tanto de la madre como del hijo. **OBJETIVO:** Desarrollar un protocolo para garantizar la seguridad de la paciente durante el parto mediante una revisión bibliográfica. **MÉTODOLÓGÍA:** Se llevo a cabo una investigación cualitativa de tipo descriptivo donde la unidad de análisis y sus categorías comprendieron las complicaciones en el proceso del parto, factores de riesgo asociados y las maniobras durante la atención del parto. La técnica utilizada fue la revisión bibliográfica sobre el Protocolo de Seguridad de la paciente durante el parto. En el análisis de información se revisan los contenidos y se los describen. **RESULTADOS:** Los estudios sostienen que las principales causas de eventos adversos del parto son debido a errores en identificación del paciente, procedimientos quirúrgicos, uso de medicamentos, errores transfusionales, estática fetal anormal, embarazos múltiples, deficiencias en la atención, y equipamiento. De modo que el 85% de estos daños podrían prevenirse para disminuir el riesgo de complicaciones maternas graves como la hemorragia postparto, preeclampsia, que llevan a consecuencias desde graves a mortales para la madre y su hijo. **CONCLUSIONES:** Los riesgos durante el parto son significativos, con complicaciones directas para la salud materna y del recién nacido. La ausencia de un protocolo de seguridad para el paciente durante el parto no solo incrementa estos riesgos, sino que también resalta la necesidad imperante de adoptar una calidad técnica y humana en la atención del parto para asegurar la salud y el bienestar tanto de la madre como del bebé. Investigaciones recientes han demostrado que la implementación de protocolos de seguridad reduce significativamente la incidencia de complicaciones del parto, mejorando los resultados para las pacientes y los profesionales de salud.

**Palabras clave:** SEGURIDAD DEL PACIENTE, PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS, PARTO, CALIDAD DE ATENCION SANITARIA

## ABSTRACT

Patient safety protocol is a set of strategies organized in a logical manner, applied during childbirth care by the health team. These strategies, evidence-based and effective; They are implemented in order to strengthen patient safety and improve performance, as well as identify risks and prevent adverse events that may arise during childbirth, thus minimizing the risk to the health of both the mother and the child. **OBJECTIVE:** Develop a protocol to guarantee patient safety during childbirth through a literature review. **METHODOLOGY:** A qualitative descriptive research was carried out where the unit of analysis and its categories included complications in the birth process, associated risk factors and maneuvers during birth care. The technique used was the bibliographic review on the Patient Safety Protocol during childbirth. In the analysis of information, the contents are reviewed and described. **RESULTS:** Studies maintain that the main causes of adverse birth events are due to errors in patient identification, surgical procedures, use of medications, transfusion errors, abnormal fetal statics, multiple pregnancies, deficiencies in care, and equipment. So 85% of these damages could be prevented to reduce the risk of serious maternal complications such as postpartum hemorrhage, preeclampsia, which lead to serious to fatal consequences for the mother and her child. **CONCLUSIONS:** The risks during childbirth are significant, with direct complications for maternal and newborn health. The absence of a safety protocol for the patient during childbirth not only increases these risks, but also highlights the prevailing need to adopt technical and human quality in childbirth care to ensure the health and well-being of both the mother and child. of the baby. Furthermore, recent research has shown that the effective implementation of safety protocols significantly reduces the incidence of complications during childbirth, improving outcomes for both patients and health professionals.

**Keywords:** PATIENT SAFETY, PREVENTION OF ADVERSE EVENTS, DELIVERY, QUALITY OF HEALTH CARE

## ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN .....	1
JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS .....	5
Objetivo General.....	5
Objetivos específicos .....	5
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1 Marco referencial .....	6
3.2 Marco legal .....	6
3.2.1 Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.....	6
3.3 Marco conceptual .....	7
3.4 Antecedentes.....	8
3.5 Clasificación del embarazo .....	10
3.6 Parto y sus características .....	11
3.6.1 Tipos de parto.....	11
3.6.2 Fases del parto .....	12
3.7 Eventos adversos durante el proceso del parto .....	13
3.7.1 Macrosomía fetal .....	13
3.7.2 Distocia de hombros .....	13
3.7.3 Hemorragia postparto: .....	14
3.7.4 Trastornos hipertensivos.....	14
3.8 Prevención de complicaciones obstétricas.....	14
3.8 Prevención de eventos adversos durante el proceso del parto .....	15
Recomendaciones en tactos vaginales.....	15

3.9 Recomendaciones de la Guía de práctica clínica de la Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato .....	18
3.9.1 Normas de seguridad de la paciente en el parto .....	18
3.9.2 Segunda etapa del parto, periodo expulsivo .....	21
3.9.3 Tercera etapa, período de alumbramiento .....	23
CAPÍTULO 4.....	24
Aplicación Metodológica .....	24
4.1. Tipo de Estudio.....	24
4.1.2 Operacionalización de variables .....	24
4.1.3 Universo y Muestra .....	25
4.2 Instrumento de Investigación .....	25
4.3 Obtención y Análisis de la información .....	26
4.3.1 Resultados.....	27
4.4 Discusión de los resultados .....	31
4.5 Propuesta de Solución.....	33
CONCLUSIONES .....	63
RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS.....	73
Anexo 1 Matriz de involucrados .....	73
Anexo 2 Árbol de problemas.....	74
Anexo 3 Árbol de objetivos .....	75
Anexo 4 Matriz de Estrategias .....	76
Anexo 5 Instrumento de investigación .....	77

# CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

La seguridad en la atención de los pacientes constituye una obligación técnica y ética de quienes prestan el servicio, a través de la transparencia de los procesos y resultados de las acciones que desarrollan los mencionados sistemas de salud, siendo la seguridad una dimensión de la calidad dentro del ámbito de salud. (MSP, 2016) Las directrices de la seguridad del paciente para la atención sanitaria, sin lugar a dudas son de gran utilidad para procurar una transformación entorno a la seguridad y a la cultura regidos a estándares internacionales, que concentran, como fundamento principal, aprendizajes, destrezas y habilidades de profesionales sanitarios, encaminados a innovarse y perfeccionarse hacia la excelencia sanitaria. (MSP, 2019)

Bajo estas políticas surge el Protocolo de seguridad del paciente, demandando un compromiso integral por parte de todo el sistema de salud. Este esfuerzo conlleva una amplia gama de acciones destinadas a mejorar el desempeño profesional; gestionar la seguridad y los riesgos ambientales, controlar las infecciones, garantizar el uso seguro de los medicamentos y velar por la seguridad de los equipos, la práctica clínica y el entorno donde se brinda la atención médica. (MSP, 2019)

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 1 de cada 10 pacientes sufre daños durante la atención médica, lo que resulta en más de tres millones de fallecimientos anuales como consecuencia. En los países de ingresos medianos y bajos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo. Actualmente de acuerdo a las estimaciones entre el 23,6 y el 85% de daños producidos durante la atención primaria, se podrían prevenir, daños tales como errores en la identificación y diagnóstico de los pacientes, prescripción de medicamentos, caídas de los pacientes, transfusiones de sangre no seguras y riesgos que podrían evitarse durante los procedimientos quirúrgicos, y también pueden producirse eventos adversos como infecciones asociadas a la atención de salud, úlceras por decúbito y enfermedades asociadas a tromboembolismos venosos. (OMS, 2023).

Los eventos adversos que se suscitan al momento del parto son condiciones no esperadas que surten del proceso de atención del parto, predisponiendo al riesgo de la

salud materno neonatal. En América Latina, se podrían prevenir aproximadamente 1,49 millones de muertes maternas y neonatales anuales en el mundo, si existiera una mejor atención antes y después del parto. (da Silva I. ., 2020), ya que la Organización Panamericana de la salud, indica que en año 2020 se reportaron, 287 000 muertes maternas en todo el mundo. (OPS, 2023), siendo las causas de este evento adverso, la hemorragia posparto, preeclampsia extremadamente grave. (Mucio, 2023)

El desempeño de la seguridad del paciente durante el parto es esencial para lograr la prevención de los eventos adversos del parto. Los protocolos son la guía para los profesionales de salud para la toma de decisiones en situaciones críticas de riesgo, y también favorecen a la dinámica entre integrantes del equipo de salud, promoviendo el cuidado centrado en el paciente, que aporta notablemente a la reducción de eventos adversos del parto.

En el estudio de Cruz da Silva (2021), se constató que hay una correlación significativa e inversamente proporcional entre la cultura de seguridad del paciente y los cuidados de enfermería omitidos. Confirmando la hipótesis del estudio, concluyendo que la cultura de seguridad del área obstétrica es débil, aseverándose que cuanto más se fortalece la cultura de seguridad y se destina mayor inversión en mano de obra y recursos humanos, menos cuidados de enfermería del paciente son omitidos. (da Silva S. ., 2021).

Las complicaciones en el período de embarazo y parto son la primera causa de muerte y de discapacidades en mujeres de edad fértil en países de desarrollo. En 2013 se registraron alrededor de 800 defunciones diarias de mujeres a causa de ello, siendo la mayoría de estas evitables. (Ministerio de Salud de Colombia, 2020) Entre las causas del 75% de la totalidad de las muertes maternas, se encuentran las hemorragias graves, preeclampsia, eclampsia, tromboembolismos venosos, presentación fetal, infecciones, y los abortos. (OMS, 2023)

En un estudio del 2022, sobre la seguridad de la asistencia de parto, se clasificaron los hallazgos en dos categorías principales; (i) eventos adversos que abarcan desde muertes neonatales, fetales y maternas hasta hemorragias, infecciones, lesiones neurológicas, problemas relacionados con la cirugía y con el uso de medicamentos; y (ii) factores contribuyentes que incluyen retrasos en la atención, diagnóstico o tratamiento,

violencia obstétrica, errores en el diagnóstico e identificación del paciente. (Felippe, 2022).

Otros factores que indirectamente pueden influir como desencadenantes de los eventos adversos maternos son la sobrecarga de trabajo del personal de salud, aumento imprevisto de volumen de pacientes o la gravedad de las mismas, mayor cantidad de profesionales con falta de experiencia laboral, mala dinámica— del equipo de trabajo, infraestructura inadecuada y malas condiciones higiénicas o sanitarias.

Actualmente, es mandatorio el cumplimiento de la normativa de seguridad del paciente a razón de que la muerte materna es un resultado muy grave, con 144 casos suscitados en el Ecuador en 2021, lo que describe la reducción de 47 casos comparados con el año 2020. (INEC, 2022) Dentro de las causales están la hipertensión en el embarazo, eclampsia, hemorragia posparto, comúnmente en relación a la atención médica. (Consejo Nacional para la igualdad de género, 2022)

Resulta esencial recalcar que las muertes maternas tienen un impacto individual y social, en la salud pública y la economía; la mortalidad materna provoca sufrimiento irreparable para las familias y las comunidades. También las complicaciones al momento del parto pueden producir costos extras para las instituciones de salud afectando la economía de los países. Por lo que implementarse un protocolo eficiente para prevención de eventos adversos durante el parto resulta esencial por razones equidad social y salud.

## JUSTIFICACIÓN

La problemática de la seguridad del paciente durante el parto, proporciona una comprensión de la magnitud y gravedad del tema a nivel general, especialmente en relación con la mortalidad materna. Sin embargo, a nivel local los parámetros de cumplimiento de las normas de seguridad del paciente son desconocidos. Por lo tanto, resulta necesario estudiar y evaluar de manera imparcial a nivel de institucional y profesional, el grado de cumplimiento de dichas normativas.

La literatura actual apunta a que en los entornos hospitalarios obstétricos enfrentan grandes desafíos en cuanto a la seguridad del paciente, que incluyen complicaciones comunes durante el parto, la interacción entre los pacientes y los profesionales de salud, y la implementación de la medicina basada en evidencia. Desde esta perspectiva, el problema se centra en la atención de salud secundaria, y busca comprender la dinámica de la resolución del problema, con desafíos que se manifiestan a nivel local.

Es crucial considerar el contexto de las intervenciones de las políticas de seguridad del paciente, ya que la aplicabilidad de sus estrategias debe adaptarse a la realidad local, teniendo en cuenta las capacidades del personal sanitario, la disponibilidad de equipamiento e insumos y sustentabilidad en función de los recursos disponibles.

Este estudio tiene el potencial de contribuir positivamente a la evidencia de buenas prácticas para la seguridad del paciente durante el parto. Al identificar deficiencias en la atención de salud y planificar intervenciones basadas en la evidencia, se podría mejorar el estado de salud materno - neonatal.

Por último, este estudio busca mejorar la seguridad de las pacientes durante el parto. La factibilidad del proyecto se fundamenta en el acceso adecuado a la información bibliográfica, un elemento clave para su éxito. Su justificación radica en su capacidad para abordar los desafíos de la seguridad del paciente durante el parto y facilitar la adopción de prácticas efectivas. Además, este estudio proporciona una fuente crucial de información actualizada y específica sobre las mejores prácticas de seguridad en obstetricia, relevante para los creadores de políticas, investigadores y profesionales de salud.

## **CAPÍTULO 2. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Desarrollar un protocolo para garantizar la seguridad de la paciente durante el parto mediante una revisión bibliográfica.

### **Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia de complicaciones maternas durante el parto y los factores de riesgo asociados mediante una revisión bibliográfica.
- Identificar las estrategias de atención del parto que han mostrado reducir las tasas de complicaciones maternas y neonatales mediante una revisión bibliográfica.
- Establecer un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia para mejorar la seguridad y la calidad de la atención durante el parto.

## **CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1 Marco referencial**

Entre las investigaciones en torno a los eventos adversos que afectan la seguridad del paciente durante el parto, se detallan:

Acorde al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, en el año 2015, la tasa de muerte materna fue de 49,2 por cada 100.000 nacidos vivos, determinándose a la hemorragia postparto como una de sus dos causas más frecuentes. (Crespo D. &, 2019).

En una investigación sobre las hemorragias, en el puerperio inmediato, se describe como etiología frecuente a la atonía uterina, retención de restos ovulares y placentarios, traumas ginecológicos, tromboembolismos venosos. De la misma manera, otros estudios detallan como causa más frecuente de hemorragias, a la atonía uterina, con un porcentaje de 50 al 70% y responsable de 4% de la totalidad de la mortalidad materna, la prevención puede lograrse con la administración de uteroinhibidores. (Crespo D. &, 2019).

A nivel mundial aproximadamente cada 3 minutos se producen fallecimientos de mujeres debido a la preeclampsia y un aproximado de 50,000 mujeres fallecen anualmente, afectando entre el 3 al 10% de las gestaciones, siendo una de las principales razones de mortalidad materna en el mundo o de complicaciones maternas que pueden llevar a las unidades de cuidados intensivos. En otros estudios de las OMS, se describe a la eclampsia y preeclampsia como primeras causas de morbimortalidad materno fetal mundialmente. (Durán, 2021)

### **3.2 Marco legal**

#### **3.2.1 Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030**

Esta agenda abarca las resoluciones a los desafíos regionales de salud pública emergentes del sector sanitario, responde a los compromisos contraídos por los países que son Miembros activos de la Organización Panamericana de la Salud dentro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en conjunto con los asuntos pendientes de

los Objetivos de Desarrollo del Milenio y también de la Agenda de Salud para las Américas periodo 2008-2017. (Pan American Health Organization, 2018)

### **3.3 Marco conceptual**

La teoría del conocimiento empleada para darle las bases teóricas al presente proyecto está basada a la línea investigativa de Políticas de Salud Pública, que son normas concretas para conllevar asuntos públicos y problemáticas sociales, consecuentes de interacciones entre los actores sociales y actores políticos.

Se ha tomado como referencia el criterio epistemológico del modelo de Walt y Gilson del año 1994, en el que detallan que el estudio de las políticas públicas es considerado como la gestión mayormente aplicada en los países industrializados, pero menos utilizada en países en desarrollo, estos autores colocan como finalidad principal al estudio de los progresos en los estatutos de salud, velando por los implicados que estén inmersos nacional o internacionalmente; siendo así oportuno la aplicación en los países en desarrollo, donde las reformas sectoriales realizan los análisis de políticas públicas en menor escala.

De acuerdo a otra teoría denominada de las corrientes múltiples de Kingdom, confirma que las políticas públicas se deben examinarse comenzando por la agenda política de cada país, para conocer su implicación al momento de combinarse corrientes de contexto político, los problemas con las soluciones. (Montenegro, 2021)

Según los artículos de revisión de revistas, el modelo de políticas públicas más empleado es el de Walt y Gilson con 47.2%, seguido por del Modelo de Kingdom con 15.1%, denotándose que para lograr el estudio y comprensión de las políticas públicas, solo existen dos vías de acceso en su investigación, que son el análisis y la evaluación, que tiene la finalidad de dar resultados de la eficacia de una intervención pública, midiendo el grado de éxito y fracaso, de modo que permite concluir cuales son las intervenciones requeridas para la obtención de los resultados deseados.

En el presente proyecto se optó por el Modelo de Walt y Gilson, debido a las crisis en las que se encuentran inmersos actualmente los sistemas de salud, donde existe el interés por crear recomendaciones y protocolos de innovaciones en salud que serían óptimas al

aplicarse en los países en vías de desarrollo, que por lo general no reciben la importancia y atención a las reformas de políticas públicas esenciales como la Salud materna.

El empleo de este modelo brinda la posibilidad de proporcionar una base más compleja de información, de los procesos que comprenden los reglamentos globales para el cumplimiento de la seguridad durante el parto, que se plantea realizar por medio de la revisión bibliográfica de los protocolos ya existentes, y como objetivo central poner a disposición un plan de fortalecimiento para el Protocolo de seguridad del paciente.

### **3.4 Antecedentes**

La seguridad del paciente constituye un reto global persistente para todos los sistemas de salud, vista desde varios enfoques constituidos de directrices actuales del cuidado y calidad de atención sanitaria. Son cinco etapas las que abarca la reseña histórica de la seguridad del paciente.

- **Seguridad del paciente en los albores de las civilizaciones: Mesopotamia, India y China**

Fue una época, que se registraron los primeros alegatos médicos y leyes impuestas para encaminar a la atención con seguridad para los pacientes. Al crearse los manuscritos se divulgaron incipientes conocimientos, para proporcionar tratamientos, logrando encaminarse a la atención de calidad y su mejora continua. Iniciando con el Código de Hammurabi, obra del rey babilonio Hammurabi (1810-1750 a. C.), es un escrito en acadio, un código que contiene 282 leyes, once referentes al acto médico. Esta ley tuvo la capacidad de hacer que quienes causaban daño o imprudencias médicas, desistan de estas acciones, de forma que contribuyó a la seguridad del paciente a partir del apremio penal. (Rodríguez, 2018)

- **Seguridad del paciente en los períodos helenista y romano.**

La mayor contribución a la seguridad de los pacientes a través de la atención más segura, fue el logro de que ciencia médica se apartara de misticismo y religión en búsqueda de las razones reales de las etiologías de las enfermedades y su óptimo tratamiento, infundiendo la forma de diagnóstico a través del examen físico, estudio racional de sus

síntomas y signos del enfermo, así como también la implementación de principios higiénicos, que aportó notablemente a la atención segura. (Rodríguez, 2018)

- **Seguridad del paciente desde el Humanismo y el Renacimiento hasta la Revolución Industrial.**

Los árabes los favorecieron al principal progreso, destacándose el médico de la Edad Media Avicena con los Principios básicos de medicina, luego el médico Andreas Vesalio que abrió los indicios de la fisiología, histología, patología, entre otras disciplinas médicas y la seguridad del acto médico. (Rodríguez, 2018)

En 1861 Philipp Semmelweis, publicó el libro de etiología, investigaciones, teorías de la enfermedad de la fiebre puerperal, las cuales, si hubiesen sido aceptadas, hubieran dado grandes beneficios para la seguridad del paciente. Florence Nightingale también aportó considerablemente al establecer el punto de partida de las técnicas asépticas poniéndolas en práctica en los heridos por la guerra de Crimea. (Rodríguez, 2018)

- **Seguridad del paciente en la era del control estadístico de la calidad (siglo XX)**

Ernest Codman cirujano y padre de la calidad asistencial, publicó en 1916 sus postulados sobre la gestión de la calidad en los hospitales. Por otro lado, Elihu M. Schimmel, concluyó que 20% de los pacientes admitidos en hospitalización resultaban con lesiones y daños graves. (Rodríguez, 2018)

- **Seguridad del paciente a partir de la publicación del informe “Errar es humano” y el establecimiento de los “Retos Globales” de la OMS y el estudio IBEAS (siglo XX)**

Los inicios de la seguridad del paciente para los servicios sanitarios se registran a partir de 1950. Consecutivamente en Estados Unidos, publicaron el libro «To err is Human: building a safer health system» en el año de 1999, cuyo contenido sacudió la sociedad y exigiendo a los líderes de ese país a ejecutar la seguridad de los pacientes, destacando así relevancia del asunto mundialmente.

“En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud realizó el lanzamiento de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 2002 (Resolución 55/18) por la que se urge a la OMS y a sus Estados Miembros a conceder la mayor atención posible a la Seguridad del Paciente” (Ministerio de Salud Pública, 2016)

El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), mostró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios, riesgo que era duplicado si consideráramos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. A modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un tipo de evento a lo largo de su estancia hospitalaria. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

### **3.5 Clasificación del embarazo**

**Embarazo sin riesgo o normal:** se considera al período orgánico de las mujeres que comienza en la fecundación y culmina con el parto, con el nacimiento de un bebé a término, que no pasa por factores de riesgo y se debe atender en el primer nivel de atención de salud. (Ministerio de Salud Pública , 2015)

**Embarazo de riesgo:** se considera al que se tiene la certidumbre de que hay superior probabilidad de cursar por estados de enfermedad afines con el embarazo y parto, y elevan el riesgo de la salud de gestante y producto, influyendo también la procedencia de las condiciones sociales y económicas de la madre. (Ministerio de Salud Pública , 2015)

#### **Embarazo múltiple**

El embarazo múltiple, es clasificado como riesgo alto por las probables complicaciones que podrían ocasionar daño a la salud de la madre y de los fetos. El embarazo múltiple se relaciona con enfermedades hipertensivas, son la diabetes mellitus gestacional, son estados de anemia, partos prematuros, hemorragias posparto y la muerte materna. (Chen, 2018)

### **3.6 Parto y sus características**

A continuación, se detallan las principales definiciones tomadas de una Guía del Ministerio de Salud Pública del año 2015, denominada Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato, cuyo objetivo es definir conceptos clave. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

**Definición de parto:** es una asociación de estadios pasivos y activos que favorecen evacuación del producto fetal, la placenta con sus anexos por la vía vaginal, pudiendo ser un feto de 500 gramos o más, y 22 semanas ya sea en estado vivo o muerto. (Ministerio de Salud Pública , 2015)

#### **3.6.1 Tipos de parto**

**Parto espontáneo/normal/eutócico:** de inicio espontáneo y manifiesta un riesgo bajo al inicio y permanece progresivamente hasta el nacimiento. El nacimiento del producto se da en posición cefálica en el período de 37- 42 semanas. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

**Parto inducido:** el parto inducido se logra mediante la inducción contráctil uterina, conduciendo al borramiento, dilatación del cérvix a través de la administración de medicamentos inductivos del parto. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

**Parto prematuro:** se produce dentro de la semana de gestación 28 a 36. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Las causas desencadenantes del trabajo de parto prematuro son multifactoriales, pero la causa inflamatoria es la más admitida, es reciente el conocimiento de que la inflamación en los tejidos de gravidez del miometrio, el cuello del útero, la decidua y las membranas, son el principal factor para inicio del trabajo de parto prematuro. Entre los factores de riesgo que se asocian están los socioeconómicos, la edad materna avanzada, peso materno, intervalo de nacimiento – concepción, estilos de vida, historial de partos prematuros, infecciones maternas, como vaginitis, sangrados del primer trimestre de gestación, falta de controles prenatales, embarazos múltiples, factores uterinos, como malformaciones uterinas, conizaciones cervicales previas. (Iza, 2022)

**Parto a término:** el parto a término se presenta desde 37 a 42 semanas. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

**Parto posttérmino:** es aquel que se produce posterior a la semana 42 del embarazo, que son calculados desde última fecha de menstruación. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Parto abdominal o cesárea**

La cesárea es un procedimiento mediante el cual se extrae al feto y los anexos ovulares a través de una incisión en el útero. Las indicaciones de cesárea pueden ser clasificadas en maternas, fetales y ovulares. El antecedente de cesárea, la desproporción cefalopélvica y el compromiso fetal son las indicaciones más frecuentes. (Barrena, 2020)

### **3.6.2 Fases del parto**

**Trabajo de parto:** El Trabajo de parto se define como la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas producen un progresivo borramiento y dilatación del cérvix hasta lograr la expulsión del feto y la placenta. (Alvear, 2020)

### **Estadios o períodos del trabajo de parto**

El primer estadio parte del inicio hacia la dilatación completa del cuello uterino, aproximadamente 10 cm, y se divide en fase latente y fase activa. (Artal, R, 2021)

**Durante la fase latente:** en esta fase las contracciones irregulares se tornan ordenadas de forma progresiva, el malestar es mínimo, se produce borramiento y dilatación del cuello uterino de aproximadamente 4 cm. El período de fase latente no se puede precisar porque la duración varía de 5 horas en multíparas a 8 horas en promedio en nulíparas; se considera la duración anormal cuando persiste mayor a 20 horas en madres sin antecedentes obstétricos de parto, y menor a 12 horas en madres que ya han tenido varios partos. (Artal, R, 2021)

**Durante la fase activa:** durante esta fase se produce la dilatación completa y la presentación fetal desciende hasta la pelvis media. La fase activa dura aproximadamente de 5 a 7 horas en mujeres sin antecedentes de parto y de 2 a 4 horas con múltiples hijos. (Artal, R, 2021)

**Período expulsivo:** esta fase cuenta desde dilatación del cérvix completo hasta que se dé el parto. La duración promedio en mujeres nulíparas es de 50 minutos y 1 hora en mujeres multíparas. Pudiendo durar una hora más bajo analgesia epidural. (Artal, R, 2021)

**Periodo de alumbramiento:** el estadio 3 comienza después del parto, al momento del nacimiento del bebé y se procede a esperar el alumbramiento de la placenta, etapa que puede durar hasta 30 minutos. (Artal, R, 2021)

### **3.7 Eventos adversos durante el proceso del parto**

#### **3.7.1 Macrosomía fetal**

Se define a la macrosomía como el peso al nacer de >4000 gr asociado con otras complicaciones maternas y fetales, tales como traumatismos en el canal del parto, distocia de hombros y asfixia perinatal, una identificación temprana de los factores de riesgo permitiría adoptar medidas preventivas de eventos adversos perinatales. (Araujo, 2017)

La macrosomía fetal es una complicación obstétrica que afecta al 10% de todos los embarazos y es asociada con complicaciones materno-fetales graves, como traumatismo del canal del parto materno, fracturas claviculares, lesión del plexo braquial y asfixia del recién nacido. El descubrimiento temprano de factores de riesgo como el IMC pregestacional, el aumento excesivo de peso durante el embarazo, la DMG pregestacional y la DMG pueden permitir la aplicación temprana de medidas para prevenir resultados perinatales adversos. (Araujo, 2017)

#### **3.7.2 Distocia de hombros**

La distocia de hombros se considera una gran complicación, producida por la dificultad para la salida de los hombros fetales al momento del parto, que comúnmente se desencadena de forma inesperada, de modo que debería ser considerada como riesgo potencial ante todo nacimiento. (Espinoza, 2023)

### **3.7.3 Hemorragia postparto:**

La hemorragia posparto se considera una urgencia vital que necesita rápida atención y tratamiento; se define a la pérdida de sangre de 500 ml o más dentro de 24 horas postparto, y afecta aproximadamente a 2 % de todas las mujeres postparto y una de las causas principales de mortalidad materna. (Vázquez, 2018)

### **3.7.4 Trastornos hipertensivos**

Los trastornos hipertensivos del embarazo complican hasta el 10 % de gestantes a escala mundial, cada año representan unas 50 000 muertes maternas y 900 000 perinatales. En Estados Unidos, la incidencia de preeclampsia ha aumentado en un 25 % durante las últimas dos décadas. En Latinoamérica y el Caribe, la preeclampsia es la causante de 25,7 % de las muertes maternas. (Pérez, 2022)

## **3.8 Prevención de complicaciones obstétricas**

**Hemorragias maternas:** para lograr su prevención es necesario la actuación médica oportuna durante la fase de alumbramiento y dentro de las dos primeras horas del postparto, que abarca los siguientes procedimientos.

- Elección y administración de un medicamento uterotónico, dando preferencia a la oxitocina.
- Clampaje precoz y oportuno del cordón umbilical.
- Realización de masajes uterinos posterior al alumbramiento. (Moldenhauer, 2021)

**Infecciones asociadas a la atención de salud:** la sepsis neonatal y la endometritis posparto (EPP) son causadas principalmente por organismos de la flora vaginal de la madre. El riesgo de estas infecciones puede reducirse sustancialmente con simples medidas de control de infecciones. Sin embargo, en países de bajos recursos, todavía causan una morbilidad y mortalidad importantes, tanto en el ámbito hospitalario como en el de la comunidad. (Kluytmans, 2018)

Acorde a otra investigación, las gestantes que finalizan un embarazo a través de cesárea que no reciben profilaxis antimicrobiana, datan riesgo de infección 5 a 20 veces más, que

las que culminan el embarazo mediante el parto normal. Las complicaciones del trabajo de parto de 23.3%, fueron la indicación más común de cesárea en este estudio. Condición que permite que bacterias situadas en la vía vagina se arrastren hacia el conducto genital superior y produzcan variedad de infecciones en el postoperatorio. (Martínez, 2019)

**Preeclampsia:** entre los trastornos hipertensivos gestacionales se encuentra la hipertensión crónica, la hipertensión gestacional y la preeclampsia, condiciones especialmente retadoras, porque el manejo terapéutico perjudica paralelamente a madre y producto, cursando en riesgo sus vidas. La preeclampsia se considera una gran complicación del embarazo, llegando a ser una patología con mayor morbimortalidad materna y perinatal. (Durán, 2021)

La finalidad ante la preeclampsia sin antecedentes de severidad es conservar las cifras de presión arterial normales, presión arterial sistólica de 135 y 155 mmHg y presión arterial diastólica de 80 y 105 mmHg. (Durán, 2021)

Para la preeclampsia con antecedentes de severidad es necesario hospitalizar la paciente bajo monitoreo cardíaco, con posición decúbito lateral izquierdo, canalizar vías venosas de grueso calibre y realizar control de la diuresis, colocando una sonda Foley. (Durán, 2021)

### **3.8 Prevención de eventos adversos durante el proceso del parto**

#### **Recomendaciones en tactos vaginales**

Acorde a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, los tactos vaginales deben efectuarse cada 4 horas, con un número máximo de cinco tactos, pasado de este límite puede producirse endometritis puerperal. Por lo sé que se recomienda la limitación de los tactos vaginales y ser realizados por especialistas capacitados, y exponer a la gestante a mayor incomodidad. (Lavanderos, 2021)

#### **Recomendaciones en embarazos múltiples**

**Embarazo Monocorial:** la recomendación es de mínimo menos nueve controles prenatales, incluyendo controles médicos y ecográficos desde la semana 16 hasta la semana 36. (Chen, 2018)

**Embarazo Bicorial:** la recomendación es de seis controles de control prenatal y ecografía para identificar la corionicidad, con control obstétrico y ecográfico desde la semana 20, hasta la semana 36. (Chen, 2018)

**Embarazo Triple:** Su seguimiento se define de acuerdo a la corionicidad, con énfasis en que estos controles se deben hacer hasta las 34 semanas. (Chen, 2018)

**Embarazo Triple:** Considerando que el 75% de estos embarazos nacen espontáneamente antes de las 35 semanas y que el riesgo de muerte fetal inesperada aumenta desde las 36 semanas en adelante, se recomienda la interrupción a las 35 semanas previo uso de corticoides. (Chen, 2018)

### **Recomendaciones en trastornos hipertensivos en el momento del parto**

A lo largo del tiempo se han estudiado variedad de estrategias de prevención de los trastornos hipertensivos en la gestación, relacionadas con medidas alimenticias nutricionales, régimen terapéutico de fármacos y vitaminas. (Múnera, 2021)

Se considera una alternativa terapéutica la administración de ácido acetilsalicílico en, en posología de 81 a 150 mg, de inicio en la semana 11 a14, en dosis de mantenimiento hasta semana 36 a 37, recomendación para pacientes con mínimo dos factores de riesgo moderado o conjunto de factores de riesgo alto para preeclampsia o. (Múnera, 2021)

### **Recomendaciones preparto de episiotomía**

Es necesario realizar las siguientes intervenciones:

- Estimular al ejercicio físico de forma moderada, hasta 3 días por semana, desde el comienzo del embarazo.
- Instruir a la madre para realizar el masaje perineal, a partir de las 30 semanas de gestación.
- Fomentar a la elección de una libre posición para el parto, caminar si existe la posibilidad.

- Recomendar a la embarazada la realización del tirón espontáneo en el período expulsivo.
- Recomendar limitar la manipulación del perineo, desde el segundo periodo del trabajo de parto se puede proceder a la aplicación de gasas calientes.
- Realizar apoyo perineal simple en la maniobra de Ritgen.
- Apoyar las habilidades necesarias de la embarazada para la toma de decisiones sobre el parto. (Ferreira, 2017)

### **Recomendaciones para la Distocia de hombros**

La maniobra más recomendada para resolver este problema, es la maniobra de McRobert, que se hace desde la posición de litotomía de la mujer, con lo que se consigue el desplazamiento del sacro y cambiar la columna lumbosacra, consiguiendo así aumentar el diámetro de la pelvis. (Vázquez, 2018)

### **Recomendaciones de partos en presentación podálica**

Para la presentación podálica, en donde la cabeza del feto no logra encajarse a la pelvis materna, la maniobra maniobra de Bracht, es de fácil acceso y ejecución con la cual se trata de exagerar la lordosis fetal para facilitar la salida del producto, favoreciendo a la salida de los hombros y cabeza feta, aunque lo más optimo es trasladar a la gestante tan pronto se realice el diagnóstico, hacia una institución de mayor complejidad. (Vázquez, 2018)

### **Recomendaciones en Parálisis cerebral**

La parálisis cerebral del recién nacido, generalmente se produce por los eventos adversos ocurridos antes, durante y después del parto, los cuales provocan lesiones a nivel cerebral del neonato.

### **Maniobras de reducción de errores**

Una intervención que ha sido efectiva para la prevención de parálisis cerebral es la administración de sulfato de magnesio antes del parto prematuro, dos intervenciones que simulaban causar efectos perjudiciales, fueron los antibióticos preventivos para parto prematuro sin rotura de membranas, y por último otra intervención recomendada es el

parto inmediato para los fetos prematuros con posible compromiso fetal), y una intervención que no demostró con claridad cambios fue la administración cíclica de corticosteroides previo al parto prematuro. (Shepherd, 2017)

### **3.9 Recomendaciones de la Guía de práctica clínica de la Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato**

A continuación, se detallan las recomendaciones de la Guía de práctica clínica de la Atención de atención del parto y postparto, cuyo objetivo es brindar la evidencia científica para las prácticas seguras de la atención del prenatal y del parto. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

#### **3.9.1 Normas de seguridad de la paciente en el parto**

##### **Recomendaciones para el personal de salud**

- Entre las recomendaciones para el personal que brinda asistencia médica durante la fase de trabajo de parto, el parto y el puerperio, están el acompañamiento continuo de la paciente embarazada durante su labor de parto.
- Es recomendable que personal apto brinde la atención durante el parto y puerperio, también de acompañamiento de forma ininterrumpida a la embarazada.
- Es recomendable para las embarazadas durante el trabajo de parto, receten un trato amable y cordial, dentro del marco de calidez y respeto y conozcan toda la información acerca, para que estén inmersas en su toma de decisiones.
- Es recomendable reportar a especialista en Gineco Obstetricia, encargado del servicio, de caso de no contar con dicho especialista, se debe reportar inmediatamente a la red de atención complementaria. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

##### **Ingreso a centro obstétrico**

- Es recomendado el ingreso a la maternidad durante el proceso de la fase latente, por asociarse superior actuación del parto, administración de oxitocina, aplicación de analgesia epidural y posible intubaciones neonatales.
- Es recomendable brindar apoyo personalizado a mujeres gestantes y sus familiares, cuando acudan por la atención de salud por las contracciones que aún

no corresponden a la fase activa de parto, de acuerdo a los antecedentes obstétricos de la paciente. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Indicaciones para el parto normal**

- Es recomendable realizar a las embarazadas a término la prueba de trabajo de parto a las gestantea a término, no asociadas a patologías complicadas y bajo estricta vigilancia de un especialista en Ginecología y Obstetricia.
- Para las embarazadas a término que conllevan otras patologías asociadas no complicadas, como preeclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus y gestacional, trombocitopenias, hepatitis, enfermedades tromboembólicas, es recomendable el parto vaginal bajo supervisión del especialista. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Valoración de la FCF: monitorización fetal electrónica continua (MFEC) y auscultación fetal intermitente (AFI)**

- La monitorización fetal electrónica continua no ha demostrado beneficios en madres con riesgo menor, en comparación a la auscultación fetal intermitente.
- Es recomendable la valoración de la frecuencia cardíaca fetal en el momento del ingreso de la gestante a la unidad de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2015)
- **Fase latente del trabajo de parto**  
Período durante el parto que, suscitado desde el comienzo de contracciones regulares, pero con cambios cervicales hasta los 4 cm de dilatación uterina. (pág. 10)
- Aproximadamente dura 6,4 horas en las mujeres nulíparas y 4,8 horas en mujeres multíparas. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Fase activa del trabajo de parto**

- Período de fase activa que se da entre los 4 cm y 10 cm de la dilatación cervical en conjunto con la dinámica regular del parto.
- Es un período de variabilidad entre las gestantes y obedece a los antecedentes de partos anteriores. El progreso no es lineal necesariamente.

- Entre las recomendaciones están la valoración siempre por Médico especialista cuando el trabajo de parto en fase activa se prorrogue mayor a 8 horas en las mujeres nulíparas y de 5 horas en las mujeres multíparas.
- La intervención ante la sospecha de prolongación de la primera etapa del parto se realiza acorde al progreso de dilatación y demás factores obstétricos, y no únicamente en base de la duración del trabajo de parto, decisión a cargo de Médico especialista. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

## **Medidas para la preparación del parto**

### **Asepsia**

- Una medida universal es la higiene de manos, una pauta de mayor importancia en la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Ingesta de líquidos y sólidos durante el trabajo de parto**

- Es recomendable admitir la ingestión de líquidos claros durante el parto, puesto que no tienen efecto negativo sobre su evolución, tipo de parto ni duración y uso de oxitocina. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Uso de enema**

- No es recomendable el uso de enema de reforma habitual en el período de parto.
- El uso de enemas no demuestra reducción en la incidencia de infección materna y del bebé, y de las complicaciones más habituales de la dehiscencia de sutura de la episiotomía, y tiene baja posibilidad de generar beneficios materno neonatales. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Rasurado púbico**

- El rasurado perineal en mujeres durante el trabajo de parto, es recomendable.
- La eficacia de la rasura perineal, no presenta resultados idóneos, aunque se ha podido observar menor colonización bacteriana en mujeres sin rasurado perineal. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Posiciones para el trabajo de parto**

- El uso de la libre posición durante el parto no produce diferencias reveladoras sobre el requerimiento de oxitocina y analgésicos, tipo de partos y resultados maternos y neonatales. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Uso del partograma**

- Se recomienda uso de partograma de línea de acción de cuatro horas, dando así mayor tiempo antes de la toma de decisiones ante el retardo de dilatación cervical. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Pauta de frecuencia de realización del tacto vaginal**

- Es recomendable que las exploraciones vaginales se hagan cada cuatro horas. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Amniotomía/amniorexis y uso de oxitocina en la fase activa del trabajo**

- No es recomendable la amniotomía, y administración habitual de oxitocina en partos vía vaginal sin complicaciones, puesto que no aumentan los resultados.
- Al comprobarse la existencia del retardo del progreso del trabajo de parto, la amniorrexis favorece la mejora del margen de bienestar materno. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **3.9.2 Segunda etapa del parto, periodo expulsivo**

Período de parto expulsivo depende de la gestante, pudiendo ser:

- Máximo 3 horas para nulíparas, sin administración de analgesia epidural.
- Máximo 4 horas para nulíparas bajo administración de analgesia epidural.
- Máximo 2 horas, para multíparas sin administración de analgesia epidural.
- Máximo tres horas, Para multíparas bajo administración de analgesia epidural. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Posición de la gestante durante el período expulsivo**

Es recomendable que las gestantes tomen la posición que les resulte de mayor comodidad.

Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas presentan menor dolor lumbar persistente y encuentran dicha posición como la más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto (aunque no hubiera diferencias reales de la duración). (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Pujos maternos espontáneos y dirigidos**

- Es recomendable el pujo espontáneo, de tipo fisiológico.
- No es recomendable el pujo de manera dirigida, tratando de controlar la intensidad, tiempo a partir de aparición involuntaria de las contracciones.
- Es recomendable dirigir los pujos solo de ser preciso en las mujeres bajo administración de analgesia epidural, solo cuando presentación fetal sobrepase el tercer plano de Hodge. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Prevención del trauma perineal**

- Es recomendable la colocación de compresas calientes en el periné.
- Es recomendable la protección del periné a través de una técnica de deflexión controlada de cabeza fetal. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Episiotomía**

- No es recomendable practicar la episiotomía de rutina durante el parto espontáneo.
- Si se considera la realización de episiotomía, la técnica dada con más evidencia científica de éxito es episiotomía de tipo mediolateral, de comienzo en comisura posterior de vulva, y encaminada a el lado derecho en un ángulo de 45 a 60 grados. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **Maniobra de Kristeller**

- No es recomendable la maniobra de Kristeller.
- Su empleo en la segunda etapa del parto es limitado en base protocolos de investigación basados en la evidencia existente sobre eficacia y seguridad para el binomio materno fetal, se sintetiza que la maniobra de Kristeller es ineficiente. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

## **Técnica de sutura en la reparación perineal y/o episiotomía**

- Es recomendable la reparación del periné, cuando ocurren desgarros de segundo grado, realizando una sutura de tipo continua, sintética y reabsorbible, para reparar las heridas perineales. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### **3.9.3 Tercera etapa, período de alumbramiento**

#### **Duración**

Etapa que transcurre a partir del nacimiento y la expulsión de los restos placentarios. Considerada etapa prolongada al no completarse posterior a los 30 minutos del nacimiento del producto, bajo un manejo activo.

- Si la duración del alumbramiento sobrepasa los 30 minutos, posterior a estar bajo un manejo activo, se asocia al riesgo de hemorragia posparto. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

#### **Manejo del alumbramiento**

Es recomendable un manejo del alumbramiento con administración de oxitocina Intramuscular de 10 UI, para reducir riesgo de hemorragia posparto y el uso de otros oxitócicos adicionales, de forma que se acorte duración del trabajo de parto, las gestantes deben ser instruidas de la necesidad de administrar oxitocina, para disminuir el riesgo de hemorragias posparto. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

# CAPÍTULO 4

## Aplicación Metodológica

En la presente investigación se describe un estudio de tipo cualitativo, documental o bibliográfico, dado que parte del uso del protocolo de seguridad de la paciente durante el parto, es un estudio donde se emplea un proceso ordenado y sistemático, que en contraste se apoya en identificar y valorar si la información es veraz acerca de un tema recopilado, cuyo objetivo es alcanzar un conocimiento actualizado sobre el mismo.

De esta manera la unidad de análisis está centrada en el Protocolo de Seguridad de la paciente durante el parto, que se compone de categorías de análisis, divididas en el fundamento teórico y la realización de las técnicas de investigación, de manera que conllevan a la investigación integra de la información ya existente del presente tema de estudio.

### 4.1. Tipo de Estudio

Es un tipo de estudio descriptivo, por el análisis y descripción de la información recolectada en torno a la literatura ya existente sobre el tema.

#### 4.1.2 Operacionalización de variables

**Características de los estudios revisados:** es la compilación y estrato de la totalidad de la información existente referente a las complicaciones de la madre en el parto, los factores de riesgo que se asocian y las estrategias de atención del parto.

**Complicaciones maternas durante el parto:** se consideran a las circunstancias desplegadas durante el trabajo de parto, entre ellas, las siguientes: distocia de hombros, hemorragia postparto, macrosomía fetal, hemorragias graves, trastornos hipertensivos, embarazos múltiples, infecciones asociadas a la atención de salud, la preeclampsia y los tactos vaginales.

**Intervenciones evaluadas:** es un proceso organizado para garantizar los objetivos planteados, en torno a problemáticas sociales, como la seguridad paciente en el parto.

**Factores de riesgo asociados:** se considera a las características de la mujer embarazada, relacionadas a la posibilidad de exponerse a complicaciones o peligro inminente de la vida.

**Estrategias de atención del parto:** agrupación de diligencias para proveer una calidad de atención de salud, individualizada al paciente, fijada a los requerimientos de las pacientes, debiendo estar el personal de atención de salud bajo la actualización constante de conocimientos.

**Mujer que se encuentra bajo atención médica para el parto:** mujer en estado de gestación que está atravesando la labor de parto, que le proporcionan la atención de salud con finalidad de lograr un parto seguro.

#### **4.1.3 Universo y Muestra**

El universo fue comprendido de 105 publicaciones científicas, previamente revisadas, la muestra estuvo compuesta de 68 referencias de artículos con relación a la seguridad del paciente en el parto. Fueron incluidas investigaciones de diversos campos de atención médica, como centros de salud, hospitales e informes gubernamentales nacionales e internacionales.

La selección de la muestra fue bajo criterios de inclusión y de exclusión, se incluyeron estudios con los siguientes criterios de cumplimiento.

- 1) Enfoque en la seguridad del paciente durante la atención del parto.
- 2) Ensayos clínicos, estudios observacionales, estudios cualitativos y revisiones sistemáticas.
- 3) Publicaciones en idioma inglés o español.
- 4) Publicaciones disponibles de hasta 5 años de antigüedad.

#### **4.2 Instrumento de Investigación**

El instrumento de investigación es la base de investigaciones y teorías sobre el tema de estudio.

- Título del estudio
- Autores

- Año de publicación
- Revista o fuente de publicación: DOI/URL
- Características del estudio
- Diseño del estudio
- País o región donde se realizó el estudio
- Objetivo del estudio
- Tamaño de la muestra
- Intervención o exposición
- Resultados
- Principales hallazgos
- Métodos de medición de los resultados
- Conclusiones
- Implicaciones para la seguridad del paciente durante el parto

### **4.3 Obtención y Análisis de la información**

El proceso de obtención de información fue a través de fuentes electrónicas y de fuentes secundarias, las cuales pasaron por una revisión ajustada al tema abordado, sometidas al descriptor de OPS, de donde se obtuvo sinónimos y otras particularidades para el estudio en desarrollo

([https://decs.bvsalud.org/es/ths?filter=ths\\_termall&q=CALIDAD+DE+ATENCION](https://decs.bvsalud.org/es/ths?filter=ths_termall&q=CALIDAD+DE+ATENCION)),

como los siguientes: proceso del parto, protocolo de seguridad de paciente, calidad de atención de salud, referentes a libros, artículos publicados en revistas científicas y otras investigaciones publicadas, bases de datos científicas, documentos de sitios web, otras bases de datos como: SCIENCE DIRECT, Google académico, Scielo, Scopus, Pubmed, Cochrane Portal regional de la BVS, Medigraphic, BVS - Ciencias de la Salud, entre otras.

Para el procesamiento de la información recolectada se hace una revisión exhaustiva completa y se la puntualiza en el instrumento de investigación, para posteriormente ser analizada como información procesada, y presentada en el apartado discusión, con la comparación entre diversos autores y sintetizada en categorías de análisis, concluyendo por último con el aporte de juicios de valor propios en la discusión, toda esta información

será de valor y servirá como antecedente para poder elaborar las conclusiones y por ultimo las recomendaciones del presente estudio.

#### **4.3.1 Resultados**

Los resultados entorno los estudios de la prevalencia de complicaciones maternas que transcurren el parto, con sus respectivos factores de riesgo, datan variedad de artículos científicos, como los siguientes:

- Un estudio realizado por da Costa y colaboradores en 2020, titulado “Eventos adversos y Factores Asociados en Maternidades de Alto Riesgo”, se llevó a cabo en Instituciones educativas de Maceió, Alagoas, Brasil. Utilizando un enfoque transversal, retrospectivo y analítico, se evaluaron 480 historias clínicas de mujeres ingresadas en maternidades de Brasil.

Los resultados revelaron la presencia de 1.051 criterios de cribado, representando 163 eventos adversos, los cuales se localizaron en el 26,8% de los registros médicos. Estos eventos resultaron en daños temporales, requiriendo intervención en el 28,8% y prolongando la estancia hospitalaria en 60,1%.

Las principales categorías de eventos adversos fueron infecciones respiratorias agudas y la hipertensión, que provocaron hospitalización prolongada, le sigue en frecuencia problemas de sangrado.

Las conclusiones destacan una alta incidencia de eventos adversos relacionados con trastornos hipertensivos, hemorrágicos e infecciones, los cuales guardan similitud con las causas establecidas de morbilidad y mortalidad materna. Estos eventos están vinculados con el control inadecuado de las manifestaciones del embarazo, parto y puerperio, permeando toda la red de atención materno infantil. Las implicaciones de este estudio sugieren que los eventos adversos deben considerarse al valorar a la mujer y tomar decisiones sobre la aplicación de protocolos de atención durante el parto. (da Costa, 2020)

Además, es esencial medir el riesgo tanto para la madre como para el feto y garantizar un resultado favorable para ambos. (da Costa, 2020).

- Otro estudio relevante es el de Ribeiro et al del año 2023, titulado “Eventos adversos obstétricos y neonatales y asociación con modelos de atención”,

Este estudio de cohorte prospectivo se llevó a cabo en 548 binomios de puérperas y neonatos con embarazo de riesgo habitual y parto vaginal, ingresados en tres servicios públicos. El objetivo fue analizar la prevalencia de prácticas en la atención del parto, eventos adversos obstétricos y neonatales, y su relación con los modelos de atención de estos servicios.

Los resultados revelaron que la utilización del partograma y la episiotomía estuvieron asociadas con la presencia de eventos adversos. La probabilidad aproximada de ocurrencia de un evento adverso fue de 5% en el servicio A, 21% en el servicio B y de 24% en el servicio C. Se concluyó que los eventos adversos tenían una probabilidad menor de ocurrir en el servicio donde solo trabaja enfermero obstétrico, lo que coincidió con una mayor ejecución de las recomendaciones de práctica clínica para la asistencia del parto. (Ribeiro, 2023)

- Otro evento adverso relacionado con el parto es el parto pretérmino, abordado en el estudio de Ahumada et al en el año 2021, titulado “Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia”. Este estudio retrospectivo de cohorte se realizó con una muestra de 452 pacientes que habían participado en un estudio primario y ya habían dado a luz. El objetivo fue Identificar los factores de riesgo para el parto pretérmino en un grupo de gestantes de Bogotá D.C., Colombia. Los resultados revelaron que factores como el posible diagnóstico de preeclampsia severa, tener preeclampsia (severa y no severa), y la posibilidad de presencia de restricción del crecimiento intrauterino, estuvieron asociados con un mayor riesgo de parto pretérmino. Se concluyó que es crucial realizar la planificación e implementación de estrategias y políticas públicas en Bogotá D.C. para mejorar las prácticas de atención del embarazo, facilitando la detección temprana de complicaciones como la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino. Esto podría conducir a la reducción de la incidencia de partos pretérmino y permitir la aplicación de los resultados a nivel nacional. La implicación clave el estudio radica en la importancia de planificar el parto junto con la detección temprana del riesgo en la gestante para prevenirlos de manera efectiva. (Ahumada, 2021)

- En estudio de Brenes del año 2022, denominado examino la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. Utilizando datos de la Ensanut 2018-19, el estudio fue transversal y se basó en un muestreo estratificado y por conglomerados. El objetivo era evaluar la calidad de la atención a estas mujeres.

Se revisaron documentos científicos y normativos nacionales e internacionales para identificar las mejores recomendaciones.

Los resultados revelaron que la mayoría de las mujeres inician la atención prenatal dentro del primer trimestre de embarazo reciben el numero recomendado de atenciones. Sin embargo. A pesar de que la mayoría de los partos ocurren en hospitales, estos porcentajes no han logrado reducir las cifras de mortalidad materna como se esperaba.

Se encontró que el cumplimiento de indicadores de proceso en la atención del embarazo, parto y postparto para mujeres con factores de riesgo obstétrico fue del 56.9%. Ante complicaciones, la atención prenatal disminuyo, al igual que frente a las variables socioeconómicas desfavorables.

Estos resultados resaltan la importancia de la calidad en relación con la seguridad de la atención del parto, especialmente cuando se detectan factores de riesgo obstétrico. Es fundamental que estas mujeres reciban atención y seguimiento prenatal adecuados para reducir las probabilidades de eventos adversos durante el parto, aunque estas medidas no garanticen la reducción de la mortalidad materna. (Brenes, 2022).

- Por último, está el estudio de Aragón del año 2017, denominado Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso, cuyo objetivo de emitir un consenso actualizado y analizar los diferentes aspectos de la práctica cotidiana relacionada con la inducción del trabajo de parto. Estudio con metodología tipo Delphi de cuatro etapas, con bibliografía de normas clínicas internacionales de apoyo. Para elaborar dicho consenso utilizaron la metodología

Delphi convencional de cuatro etapas, seleccionando dos coordinadores y 13 especialistas en ginecología y obstetricia de diferentes instituciones nacionales. Los resultados indican que el tema de la inducción del trabajo de parto se encuentra “contaminado” por gran heterogeneidad de las definiciones expuestas en distintas partes del mundo, como la selección de pacientes o la forma en que se califica el éxito de las maniobras; por tanto, es importante adaptar los protocolos recomendados existentes y que se basan en la evidencia científica obtenida en otras regiones, en las que las condiciones pueden ser diferentes. El principal hallazgo establece que, en la medida de lo posible, se debe restringir la administración de oxitocina y promover procedimientos más eficaces (medido como el éxito en la inducción del trabajo de parto), y efectivos (con menor número de complicaciones secundarias). (Aragón, 2017).

Se concluye que la inducción del trabajo de parto debe individualizarse en cada institución hospitalaria, privada o del Sector Salud, de acuerdo con la vigilancia del trabajo de parto. (Aragón, 2017).

Es importante que cada institución realice sus propias normas de tratamiento ante la posibilidad de inducción del trabajo de parto, con apego a las Normas del Sector Salud, y generar variantes del esquema sugerido en el estudio aquí realizado, con la finalidad de definir los que se adapten mejor a cada población. Las implicaciones de sus resultados en el tema de seguridad de la paciente en el parto, habla de las prácticas seguras de la inducción del parto, quedando claro que toda atención al paciente es de tipo individualizada, con enfoque en minimización de errores y bajo estricto protocolo (Aragón, 2017).

#### **4.4 Discusión de los resultados**

La seguridad del paciente en el parto, actualmente es un tema trascendental que precisa ser abordado por todo el sistema de salud, por implicar las etapas desde la atención prenatal, el parto y el puerperio, trazando una delgada línea al brindar la asistencia sanitaria entre el beneficio o daño a los pacientes, que puede dejar a su paso eventos adversos graves y extremadamente graves o mortales, también secuelas discapacitantes, lo que refleja el cumplimiento de las estrategias y protocolos implementados en la red de salud, que involucran directamente a la red de salud y a las políticas de salud dirigidas por del Estado.

Al analizar los resultados obtenidos del estudio, se identifican entre los hallazgos, como principales eventos adversos del parto a las hemorragias postparto, infecciones asociadas a la atención de salud, preeclampsia de grado severo a extremadamente grave, lesiones obstétricas, muerte perinatal, muerte materna.

En este sentido, en la identificación de los eventos adversos y los factores de riesgo que están influyendo en su presencia confirman el conocimiento previo expuesto teóricamente presentando similitudes, estudios como el de da Costa, que establece que la prevalencia de los eventos adversos son del 26.8%; mientras que en el estudio de Riveiro, en la comparación de tres unidades operativas, va del 5%, 21% y 24%, estableciendo además que el menor porcentaje de la prevalencia, depende de la presencia estratégica del Enfermero obstétrico; resolviéndose que los factores de riesgo para el evento adverso de parto pretérmino, es la preeclampsia severa y factores del crecimiento intrauterino fetal.

No se puede aseverar que únicamente los eventos adversos del proceso del parto, ponen en riesgo inherente a la mujer embarazada, porque existe otros factores que inciden de forma directa o indirecta en la presencia de estos eventos, como la disponibilidad de infraestructura, equipamiento sanitario, complementándose con la capacidad y experticia que tenga el talento humano del personal de salud.

Los hallazgos contribuyen a los conocimientos existentes y amplían teorías porque han permitido identificar las deficiencias dentro de la atención sanitaria del parto, en donde se debe implementar medidas para potenciar mejores resultados, en cuanto al control inadecuado de las manifestaciones del embarazo, mala utilización del partograma, enfoque a la importancia del proceso de atención de enfermería en el parto, inducción del parto. Dando el punto de partida para continuar promoviendo soluciones viables a las deficiencias detectadas en la atención del parto, a través de la implementación de protocolos, planificación y estrategias de atención del parto para reducir la tasa de complicaciones, detección oportuna del riesgo del embarazo, calidad de atención en cuanto al manejo de la gestante, atención prioritaria a mujeres con riesgo obstétricos detectados.

El factor subyacente que contribuyó a la obtención de los resultados, fue el diseño de la investigación que al ser de tipo bibliográfica o documental, facilitó la búsqueda amplia en los principales portales electrónicos de revistas científicas a nivel mundial, para obtener una muestra de la mejor evidencia científica que permitió ahondar los conocimientos y sintetizar los hallazgos más importantes, para generar conocimientos innovados y un protocolo útil para ser aplicado en la atención sanitaria del parto en toda la red de salud.

## **4.5 Propuesta de Solución**

### **Introducción**

Durante el período de gestación, la mujer puede enfrentarse a diversos tipos de riesgos, con especial atención en las emergencias obstétricas que pueden surgir como resultados de eventos adversos. Estos riesgos no solo afectan a la mujer embarazada, sino que tienen implicaciones para el personal de atención médica y para la familia.

Es preocupante que la atención durante el proceso de parto se centre en la seguridad del paciente. Esto implica el apego estricto a las buenas prácticas obstétricas en las Instituciones de Salud, lo cual es esencial para garantizar la atención segura y de calidad, minimizando los riesgos de eventos adversos.

Es importante destacar que la seguridad del paciente no siempre recibe la debida consideración a pesar de ser un aspecto crucial en la atención médica. Por lo tanto, es imperativo integrar prácticas clínicas seguras y promover una cultura de prevención de sus eventos adversos. Además, se debe asegurar que las Instituciones de salud, cuenten infraestructura óptima que provean seguridad de la atención obstétrica.

### **Objetivo general**

Proponer un plan de fortalecimiento de protocolo para la seguridad de la paciente durante la atención del parto.

### **Objetivos específicos**

1. Mejorar la capacitación y competencias del personal de salud.
2. Implementar sistemas de gestión de calidad y protocolos
3. Mejorar la comunicación y coordinación entre el personal de salud
4. Fomentar la participación activa de los pacientes en su atención

### **Estrategias**

1. Desarrollar programas de formación continua
2. Promover la atención individualizada a las pacientes en el proceso del parto.
3. Actividades de proceso educativo para las embarazadas.
4. Monitoreo y evaluación de las condiciones de la madre gestante.

<b>OBJETIVOS</b>	<b>ESTRATEGIAS/ACTIVIDADES</b>	<b>GRUPO OBJETIVO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
1. Mejorar la capacitación y competencias del personal de salud	Desarrollar programas de formación continua	Personal de salud	Maestrante Autoridades de hospital
	Promover la certificación en buenas prácticas obstétricas.	Personal de salud	Maestrante Autoridades de hospital
2. Implementar sistemas de gestión de calidad y protocolos	Actualizar y estandarizar protocolos de atención del parto.	Personal de salud	Maestrante Autoridades de hospital
	Implementar auditorias regulares de calidad.	Personal de salud	Maestrante Autoridades de hospital
3. Mejorar la comunicación y coordinación entre el personal de salud	Establecer sistemas de comunicación efectiva.	Personal de salud	Maestrante Autoridades de hospital
	Promover el trabajo en equipo multidisciplinario	Personal de salud	Maestrante Autoridades de hospital
4. Fomentar la participación activa de los pacientes en su atención	Desarrollar programas de educación continua sobre derechos y procesos de atención.	Personal de salud	Maestrante Autoridades de hospital
	Implementar mecanismos de retroalimentación y participación de los pacientes.	Personal de salud	Maestrante Autoridades de hospital

**CHECK LIST DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS  
ASOCIADOS ATRASTORNOS HIPERTENSIVOS**

No.	Descripción	Ejecución	
		Si	No
	Existencia o no de especialista en Gineco Obstetricia.		
1	Administración de 81 a 150 mg de ácido acetilsalicílico entre la semana 11-14 a la 36-37.		
2	Terminación del embarazo.		
3	Posición materna en decúbito lateral izquierdo.		
4	Canalización de vías periféricas de grueso calibre.		
5	Colocación sonda Foley para cuantificar diuresis.		
6	Brindar apoyo y acompañamiento oportuno a la gestante.		
7	Referencia oportuna a otra unidad de mayor complejidad.		
8	Proteinuria de 24 horas y exámenes de órgano blanco.		
9	Valoración de la parturienta por Médico especialista.		
10	Parto vaginal para las gestantes a término con patologías asociadas no complicadas; como eclampsia, preeclampsia, hipertensión, diabetes mellitus y gestacional, trombocitopenias, hepatitis, enfermedades tromboembólicas, enfermedades de tipo autoinmune, bajo la supervisión de especialistas.		
11	Monitoreo fetal continuo y valoración de frecuencia cardíaca fetal al momento del ingreso de la embarazada.		
12	Cumplimiento del límite de tiempo recomendado para fase activa. Información de la duración del parto, dirigida la embarazada.		
13	Valoración por el especialista siempre que el trabajo de parto en fase activa se prolongue más allá del promedio de 8 horas en la nulípara y 5 horas en la múltipara		
14	Exploraciones vaginales cada cuatro horas, en condiciones normales.		

**Fuente:** (Luna, 2023)

## **Metodología**

Las actividades serán cumplidas mediante de la gestión, para la obtención de los medios necesarios de materiales e insumos, y también del talento humano para el cumplimiento del cronograma de actividades planificado.

## **Sistema de evaluación**

Con el enfoque sistémico, se realizará la evaluación:

Disponibilidad: de los recursos materiales y los insumos, el presupuesto y el talento humano.

Proceso: logro del cumplimiento de las actividades, bajo calidad.

Producto: logro del cumplimiento de objetivos planteados, cobertura de participantes.

Impacto: índices de morbilidad materna, presencia de factores de riesgo en gestantes.

## **Responsables**

Maestrante, directora distrital, equipo de salud, madres de familia.

## CONCLUSIONES

- Los riesgos a los que están expuestas las mujeres durante el parto, son altos, entre ellos está el biológico, inherente en la mujer en la condición de embarazo considerados factores de riesgo directos como es la preeclampsia severa, además de forma indirecta, existen otros factores que inciden en la presencia eventos adversos, como la disponibilidad de infraestructura, equipamiento y material, complementándose con la capacidad y experticia que tenga el talento humano como es el personal de salud.
- La probabilidad de que ocurra un evento adverso durante el embarazo y el parto aumenta cuando no se aplica el protocolo de seguridad de la mujer. Esta falta de aplicación está vinculada a un seguimiento prenatal deficiente, lo que aumenta los riesgos durante el parto.  
Además, factores institucionales como la disponibilidad de infraestructura adecuada, equipos, materiales y personal capacitado también afectan la atención que reciba la gestante.
- Para prevenir este problema, es fundamental implementar medidas tanto administrativas como clínicas. Esto implica garantizar instalaciones de salud con infraestructura adecuada y equipamiento suficiente para brindar una atención de calidad técnica y humana. Es crucial que las instituciones de salud pública se adhieran estrictamente a las practicas obstétricas correctas. Además, la detección temprana de riesgos durante las consultas prenatales juega un papel fundamental en la prevención de complicaciones. Otra medida importante es la planificación del parto, preferiblemente con un enfoque humanizado, que permita a la mujer sentirse segura y colaborativa durante el proceso del parto.

## **RECOMENDACIONES**

La capacitación del personal de salud es un componente fundamental para la implementación efectiva de protocolos obstétricos y la estandarización de la práctica clínica. A través de programas de formación adecuados, los profesionales de la salud pueden adquirir las habilidades y el conocimiento necesarios para aplicar los protocolos de manera competente y segura. La capacitación no solo abarca aspectos técnicos, como procedimientos de emergencia o monitorización fetal, sino también habilidades de comunicación, trabajo en equipo y toma de decisiones bajo presión, que son fundamentales en el entorno obstétrico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, A. C. (2017). Primigesta con dehiscencia de episiorrafia y fístula rectovaginal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 30-35. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422017000500030](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500030)
- Ahumada, J. B. (2021). Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(4). doi:<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.79702>
- Alvear, A. O. (2020). Resultados obstétricos y perinatales entre dos puntos de cortes para determinar el inicio de la fase activa del trabajo de parto en primíparas. *Revista Médica De La UAS*, 10(1). Obtenido de <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n1/resobstetricos.html>
- Aragón, J. Á. (2017). Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(5), 314-324. Obtenido de BVS. Ginecol. obstet. Méx ; 85(5): 314-324.: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412017000500314](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000500314)
- Aranaz, J. A. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 41-47. Obtenido de Science Direct. Gaceta Sanitaria. Volumen 20 suplement 1: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715655>
- Araujo, E. B. (2017). Macrosomía. *Mejores prácticas e investigación en obstetricia y ginecología clínica*, 38, 83-96. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693416300761>
- Artal, R. (2021). *Manejo del trabajo de parto normal*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>

- Aveiga, M. ,. (2021). Rol de la enfermera en el parto intercultural de mujeres embarazadas en Hospital San Luis de Otavalo. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 9(1). doi:<https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.3034>
- Barrena, M. Q. (2020). Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. . *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(2). doi:<https://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>
- Brenes, A. ,. (2022). Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. *Salud Pública de México*, 62(6), 798-809. doi:<https://doi.org/10.21149/11974>
- Chen, X. (2018). Gestación múltiple. *Revista Médica Sinergia*, 3(5), 14-19. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070427>
- Consejo Nacional para la igualdad de género. (2022). *Principales causas de muerte materna*. Obtenido de Consejo Nacional para la igualdad de género: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2022/10/PRINCIPALES-CAUSAS-DE-MUERTE-MATERNA.pdf>
- Crespo, D. &. (2019). Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 17(3). doi:<https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2019.017.03>
- Crespo, D. ,. (s.f.). Contexto de las hemorragias, en el puerperio inmediato. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 17(3), 5-9. doi:<https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2019.017.03.05-009>
- da Costa, T. M. (2020). Eventos adversos y factores asociados en maternidad de alto riesgo. *Revista Enfermagem em foco*, 11(5). Obtenido de Enfermagem vol 11 numero 5: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3200>

- da Silva, I. ., (2020). Intervención educacional para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal. *Enfermería Global*, 19((58)), 226-256. doi:2020.https://dx.doi.org/eglobal.382581
- da Silva, L. P., Teles, d. O., Lima, d. B., Vieira, d. S., Rocha, C. R., & Guimarães, M. T. (2020). *Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública*. Obtenido de Scielo. *Enferm. glob.* vol.19 no.60 Murcia. : https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1695-61412020000400016
- da Silva, S. ., (2021). Cultura de seguridad del paciente, cuidados de enfermería omitidos y sus razones en obstetricia. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. doi: 10.1590/1518-8345.4855.3461
- del Valle, K. (2021). La sobrecarga laboral del personal de enfermería que influye en la atención a pacientes. *Revista San Gregorio*, 1(47), 165-179. doi:https://doi.org/10.36097/rsan.v1i47.1966
- Durán, C. &. (2021). Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(5), 7-18. doi:https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02
- Espinoza, M. V. (2023). Distocia de hombros: propuestas de resolución de acuerdo con las diferentes posiciones de parto según la movilidad de la pelvis. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 69(1). doi:https://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v69i2477
- Felippe, V. d. (2022). Seguridad del paciente en la asistencia al parto: ¿de qué se habla en los grupos de Facebook? *Cadernos de Saúde Pública*, 38(7). doi:https://doi.org/10.1590/0102-311XPT277421
- Fernandez, D. R. (2021). Discrepancias sobre la versión cefálica externa en las guías de práctica clínica para el manejo de parto podálico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 38, 476-478. doi:https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.383.7304

- Ferreira, C. &. (2017). Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*, 16(47), 539-575. doi:<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
- Gaitán, H. &. (2017). El parto: evento que exige la excelencia de la calidad de los servicios de salud. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), 97-101. doi:<https://doi.org/10.18597/rcog.3032>
- Grillo, C. B. (2019). ATENCIÓN DEL PARTO CON FETO EN PRESENTACIÓN PELVIANA: REVISIÓN DE LA SEMIOLOGÍA, EL MECANISMO Y LA ATENCIÓN DEL PARTO. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 70(4), 253-265. doi: <https://doi.org/10.18597/rcog.3345>
- INEC. (2022). *Estadísticas vitales*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censo del Ecuador: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Defunciones\\_Generales\\_2021/Principales\\_resultados\\_EDG\\_2021\\_v2.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados_EDG_2021_v2.pdf)
- Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. (s.f.). *¿Cuáles son los factores de riesgo del trabajo de parto y el parto prematuros?* Obtenido de <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preterm/informacion/factores>
- Iza, I. &. (2022). Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 6(3), 393-408. doi:10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.393-408
- Kluytmans, J. &. (2018). *GUÍA PARA EL CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD. CONTROL DE INFECCIONES EN OBSTETRICIA*. Obtenido de <https://isid.org/guia/prevencion/obstetricia/>
- Lavanderos, S. &. (2021). Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(6), 563-572. doi:<https://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000034>

- Luna, S. &. (2023). Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 34(1), 33-43. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2023.01.006>
- Martínez, C. . (2019). Evaluación del control de infecciones poscesárea mediante la implementación de un programa preventivo. *Ginecología y obstetricia de México*, 87(4), 228-233. doi: <https://doi.org/10.24245/gom.v87i4.2859>.
- Ministerio de Salud de Colombia. (2020). *GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO*. Obtenido de Biblioteca digital Ministerio de Salud de Colombia: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>
- Ministerio de Salud Pública . (2015). *Control Prenatal Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización. Recuperado el 05 de 03 de 2024, de Quito. Dirección Nacional de Normatización: <https://www.salud.gob.ec/>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Guía de Práctica Clínica: Atención del trabajo parto, parto y postparto inmediato*. . Recuperado el 05 de 03 de 2024, de Quito. Dirección Nacional de Normatización: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización - MSP. Recuperado el 26 de 03 de 2024, de <https://www.salud.gob.ec/>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2015). *NORMA TECNICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE*. Obtenido de <https://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/NORMA-TECNICA-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-DEFINITIVO-jp.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Seguridad del Paciente*. Dirección Nacional de Normatización. Dirección Nacional, Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Seguridad del Paciente - Usuario. Obtenido de <http://salud.gob.ec>

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2022). Plan Decenal de Salud 2022 - 2031. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Plan\\_decenal\\_Salud\\_2022\\_ejecutivo.18.OK\\_.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Plan_decenal_Salud_2022_ejecutivo.18.OK_.pdf)
- Mittelmark, R. (2022). *Factores de riesgo para complicaciones durante el embarazo*. Obtenido de MANUAL MSD: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo>
- Moldenhauer, J. (2021). *Hemorragia posparto*. Recuperado el 15 de 03 de 2024, de MANUAL MSD Versión para profesionales: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/hemorragia-posparto>
- Montenegro, G. M. (2021). Modelos para el análisis de políticas públicas en salud reportados en publicaciones científicas. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 270-281. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.007>
- Montero, C. &. (2017). El parto y el nacimiento en la modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica. *Comunidad y Salud*, 15(1), 42-52. Obtenido de Comunidad y Salud : [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932017000100006](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932017000100006)
- Morales, E. ,. (2020). Identificación y análisis de eventos adversos. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1 - 8. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118880>
- MSP. (2016). *Seguridad del paciente. Manual*. . Obtenido de Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización. primera edición: <http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf>

- MSP. (2019). *Seguridad del paciente*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <http://www.acess.gob.ec/seguridad-del-paciente/>
- Mucio, B. ,. (2023). Morbilidad Materna Extremadamente Grave: un paso clave para reducir la muerte materna. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 34(1), 26-32. doi:0.1016/j.rmclc.2023.01.00
- Múnera, A. M. (2021). Hipertensión arterial y embarazo. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(1), 3-13. doi:<https://doi.org/10.24875/rccar.m21000002>
- OMS. (2016). *La OMS publica la lista de verificación para un parto seguro*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://seguretatdelspacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/loms-publica-la-llista-de-verificacio-per-un-part-segur-00001>
- OMS. (22 de 02 de 2023). *Mortalidad materna*. Obtenido de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS. (2023). *Seguridad del paciente*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- OPS. (23 de 02 de 2023). *Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: organismos de las Naciones Unidas*. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Recuperado el 26 de 02 de 2024, de <https://www.paho.org/es/noticias/23-2-2023-cada-dos-minutos-muere-mujer-por-problemas-embarazo-parto-organismos-naciones>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018). *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*. Recuperado el 18 de 03 de 2024, de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2023). *Seguridad del paciente*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

- Pan American Health Organization. (2018). *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030>
- Pérez, K. V. (2022). Trastornos hipertensivos del embarazo: relación del índice proteína/creatinina en orina esporádica y proteinuria en 24 horas . *evista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 82(3), 297-308. doi:<https://doi.org/10.51288/00820305>
- Ribeiro, K. M. (2023). Eventos adversos obstétricos y neonatales y asociación con modelos de atención: un estudio de cohorte. Obtenido de Portal Regional de la BVS. LILACS-Express . Texto y contexto enfermos.: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1530557>
- Rodríguez, R. &. (2018). Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 131(4). Obtenido de [https://www.ama-med.org.ar/uploads\\_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf](https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf)
- Secretaria Nacional de Planificación. (2021). *Plan de Creación de oportunidades 2021-2025*. Obtenido de Secretaría Nacional de Planificación: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
- Shepherd, E. . (2017). Intervenciones durante el embarazo y el parto para la prevención de la parálisis cerebral: un resumen de las revisiones Cochrane. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas*. doi:10.1002/14651858.CD012077.pub2
- Torres, M. P. (2018). Acciones para la reducción de muerte materna en Ecuador. *Recimundo*, 2(2), 614-630. doi:10.26820/recimundo/2.(2).2018.614-630
- Vázquez, J. G. (2018). Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido. *Revista Española de Salud Pública*, 92. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e201809063/>

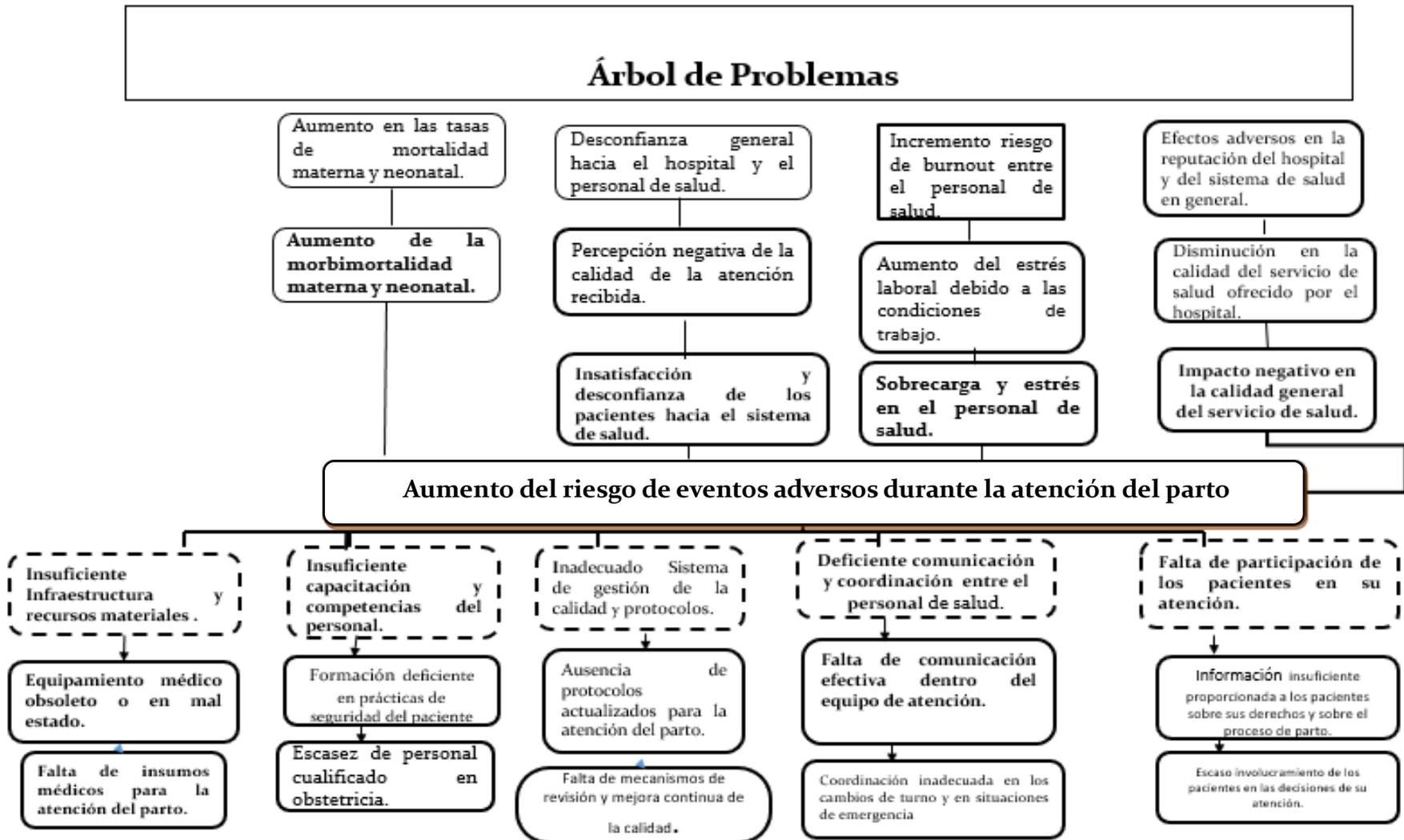
## ANEXOS

### Anexo 1 Matriz de involucrados

<b>MATRIZ DE INVOLUCRADOS</b>					
Actores	Problemas Percibidos	Intereses y Mandatos	Poder	Intereses	Valor
Pacientes y Familias	Falta de comunicación, atención deficiente, recursos insuficientes	Seguridad, atención de calidad, empatía	Poder de voz, redes sociales	Apoyo a la mejora de la atención	Acuerdos en mejoras de protocolos, posible conflicto por resistencia a cambios
Autoridades de Salud Locales/Provinciales	Normativas, políticas públicas, recursos limitados	Cumplimiento de metas, visibilidad, gestión efectiva	Regulación, financiamiento	Apoyo a iniciativas de mejora, control de cumplimiento	Acuerdos en políticas y financiamiento, conflictos por prioridades
Organizaciones de la Sociedad Civil	Desigualdades, falta de representación, necesidades insatisfechas	Derechos del paciente, equidad, acceso a servicios de calidad	Movilización pública, incidencia política	Fuerte apoyo a la mejora de la seguridad del paciente	Acuerdos en campañas de sensibilización, conflictos por falta de acción efectiva
Medios de Comunicación	Incidentes de atención, demandas sociales, políticas de salud	Audiencia, impacto, responsabilidad social	Difusión, opinión pública	Apoyo por visibilidad, crítica a falencias	Acuerdos en difusión de mejoras, conflictos por exposición negativa

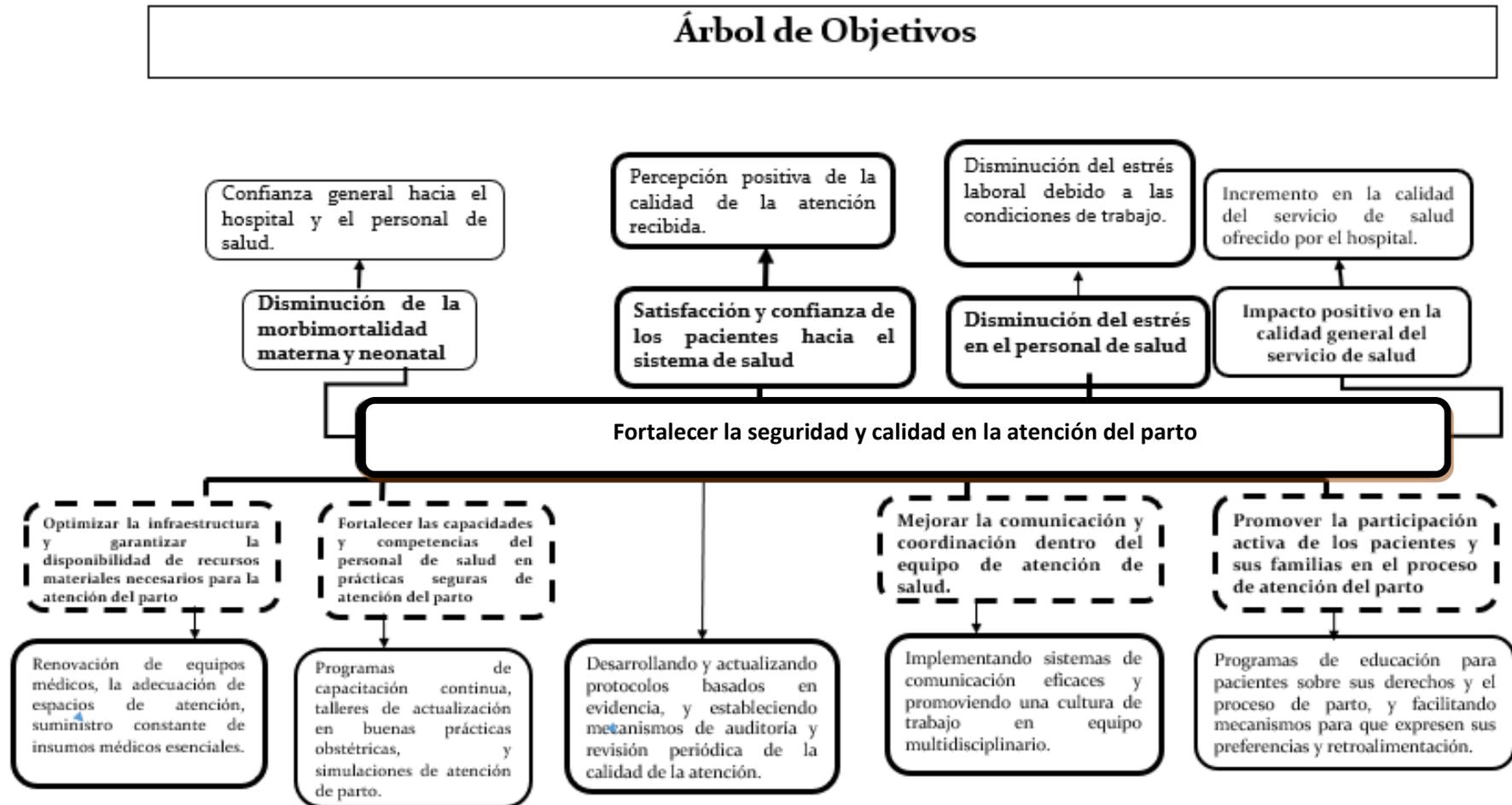
**Fuente:** (del Valle, 2021)

## Anexo 2 Árbol de problemas



Fuente: (Morales, 2020)

### Anexo 3 Árbol de objetivos



Fuente: (Gaitán, 2017)

## Anexo 4 Matriz de Estrategias

### MATRIZ DE ESTRATEGIAS

Objetivo Específico	Estrategia
Asegurar una infraestructura adecuada y disponibilidad de recursos materiales.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Invertir en la renovación y mantenimiento de equipos.</li><li>- Asegurar un stock adecuado de insumos médicos esenciales.</li></ul>
Mejorar la capacitación y competencias del personal.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Desarrollar programas de formación continua.</li><li>- Promover la certificación en buenas prácticas obstétricas.</li></ul>
Implementar y fortalecer sistemas de gestión de calidad y protocolos.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Actualizar y estandarizar los protocolos de atención del parto.</li><li>- Implementar auditorías regulares de calidad.</li></ul>
Mejorar la comunicación y coordinación entre el personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Establecer sistemas de comunicación efectiva.</li><li>- Promover la cultura de trabajo en equipo multidisciplinario.</li></ul>
Fomentar la participación activa de los pacientes en su atención.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Desarrollar programas de educación para pacientes sobre derechos y procesos de atención.</li><li>- Implementar mecanismos de retroalimentación y participación de los pacientes.</li></ul>

**Fuente:** (da Silva I. ,, 2020)

## Anexo 5 Instrumento de investigación

Orden	Título del estudio:	Autores	Año de publicación	Revista o fuente de publicación: DOI/URL	Características del estudio	Diseño del estudio	País o región donde se realizó el estudio	Objetivo del estudio	Tamaño de la muestra	Intervención o exposición	Resultados	Principales hallazgos	Métodos de medición de los resultados	Conclusiones	Implicaciones para la seguridad del paciente durante el parto
1	Eventos adversos y Factores Asociados en Maternidades de Alto Riesgo,	Thais da Costa Oliveira, Jovânia Marques de Oliveira e Silva, Patrícia de Carvalho Nagliate, Regina Célia Sales Santos Veríssimo, Maria Lucélia da Hora Sales, Tâmara Silva de Lucena	2020	ENFERMAG EN EM FOCO	Se evaluaron 480 historias clínicas de mujeres ingresadas, adaptó y validó un instrumento de revisión retrospectiva de historias clínicas para maternidades de Brasil.	Estudio transversal , retrospectivo y analítico.,	Brasil	Analizar eventos adversos y factores asociados en maternidades de alto riesgo en instituciones educativas de Maceió, Alagoas, Brasil.	480 historias clínicas	La búsqueda de criterios de seguimiento o se utilizó para analizar la ocurrencia de eventos adversos, proceso evaluado en dos etapas, con la verificación del evento.	Mostraron la presencia de 1.051 criterios de cribado, representando 163 eventos adversos, los cuales se localizaron en el 26,8% de los registros médicos.	El mayor hallazgo fue que la clasificación de daño, los eventos adversos prevalentes fueron las infecciones respiratorias agudas y la hipertensión , que provocaron hospitalización prolongada, le sigue en frecuencia problemas de sangrado.	Adaptó y validó un instrumento de revisión retrospectiva de historias clínicas para maternidades de Brasil.	La frecuencia de eventos adversos fue alta, con perfil y tipos de incidentes similares a las causas ya establecidas de morbilidad materna, estando más relacionados con trastornos hipertensivos, hemorrágicos e infecciones, asociados con un mal control de las situaciones clínicas durante el embarazo. Parto y puerperio, que permea toda la red de atención materno infantil.	Esta en el hecho de que los eventos adversos, deben ser considerados en el momento de la valoración de la mujer para la toma de decisiones en la aplicación de protocolo de atención para la seguridad de la paciente en el momento del parto, e inclusive para medir el riesgo en la mujer y el feto y llegue a feliz término del binomio madre – recién nacido.

Fuente: (da Costa, 2020)

Orden	Título del estudio:	Autores	Año de publicación	Revista o fuente de publicación: DOI/URL	Características del estudio	Diseño del estudio	País o región donde se realizó el estudio	Objetivo del estudio	Tamaño de la muestra	Intervención o exposición	Resultados	Principales hallazgos	Métodos de medición de los resultados	Conclusiones	Implicaciones para la seguridad del paciente durante el parto
2	Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México	Alexander Brenes-Monge Iraís Yáñez-Álvarez Joacim Meneses-León Ofelia Poblano-Verástegui José de Jesús Vértiz-Ramírez Pedro Jesús Saturno-Hernández	2022	Salud Pública de México	Se realizó una revisión bibliográfica sistemática para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos, donde se consideraron tesis de doctorado, de maestría, artículos originales y de revisión.	Descriptivo	Cuba	Reforzar el conocimiento teórico del equipo de salud sobre la humanización al parto, que transforme, en la práctica asistencial, la atención integral a la mujer.	29 estudios	Se realizó una revisión bibliográfica sistemática para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos.	La revisión permitió realizar un análisis histórico de la evolución del parto y de su humanización. Este acercamiento reforzará los aportes al equipo de salud que atiende a la mujer durante este proceso al ofrecer un material que transita desde los orígenes de las corrientes humanistas hasta la importancia de este enfoque para la mujer y el equipo de salud.	Se realizó un análisis histórico de la humanización del parto. Este acercamiento reforzará los aportes al equipo de salud que atiende a la mujer durante este proceso al ofrecer un material que transita desde los orígenes de las corrientes humanistas hasta la importancia de este enfoque.	La estrategia de búsqueda adoptada fue la utilización de las palabras clave o descriptores, conectados por intermedio del operador booleano AND.	La revisión realizada acerca de las diferentes definiciones de parto se convierte en antecedentes para la definición de parto humanizado en el contexto cubano, al pautar un enfoque holístico y propiciar sus fundamentos teóricos con la intencionalidad de su aplicación en las áreas asistenciales en el nivel hospitalario.	Las implicaciones están en el fortalecimiento al logro de una atención humanizada a la mujer durante su proceso de parto.

Fuente: (Brenes, 2022)

Orden	Título del estudio:	Autores	Año de publicación	Revista o fuente de publicación: DOI/URL	Características del estudio	Diseño del estudio	País o región donde se realizó el estudio	Objetivo del estudio	Tamaño de la muestra	Intervención o exposición	Resultados	Principales hallazgos	Métodos de medición de los resultados	Conclusiones	Implicaciones para la seguridad del paciente durante el parto
6	Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso.	Aragón-Hernández, JP, Ávila-Vergara, MA, Beltrán-Montoya, J, Calderón-Cisneros, E, Caldiño-Soto, F, Castilla-Zenteno, A, García-Espinosa, M, Gil-Márquez, J, Gudiño-Ruiz, EN, Hernández-Rivera, C, Loya-Montiel, L, Salvador-Domínguez, G, & Vadillo-Ortega	2017	Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso	Se integró un grupo de especialistas de trece instituciones nacionales para analizar diferentes aspectos de la práctica cotidiana de la inducción del trabajo de parto. Se siguió una metodología tipo Delphi de cuatro etapas, con bibliografía de normas clínicas internacionales de apoyo.	El diseño de estudio es descriptivo	México	Emitir un consenso actualizado y analizar los diferentes aspectos de la práctica cotidiana relacionada con la inducción del trabajo de parto.	Se siguió una metodología tipo Delphi de cuatro etapas, con bibliografía de normas clínicas internacionales de apoyo.	Para la elaboración del consenso se utilizó la metodología Delphi convencional de cuatro etapas. Se seleccionaron dos coordinadores y 13 especialistas en ginecología y obstetricia de diferentes instituciones nacionales.	El tema de la inducción del trabajo de parto se encuentra "contaminado" por gran heterogeneidad de las definiciones expuestas en distintas partes del mundo, como la selección de pacientes o la forma en que se califica el éxito de las maniobras; por tanto, es importante adaptar los protocolos recomendados existentes y que se basan en la evidencia científica obtenida en otras regiones, en las que las condiciones pueden ser diferentes.	La bibliografía recalca, en la medida de lo posible, restringir la administración de oxitocina y promover procedimientos más eficaces (medido como el éxito en la inducción del trabajo de parto), y efectivos (con menor número de complicaciones secundarias).	Se aplicaron varios cuestionarios a cada especialista en forma cerrada, que fueron revisados por los coordinadores. La información integrada y analizada fue enviada por correo electrónico a todos los participantes, quienes avalaron las conclusiones.	La inducción del trabajo de parto debe individualizarse en cada institución hospitalaria, privada o del Sector Salud, de acuerdo con la vigilancia del trabajo de parto. Es importante que cada institución realice sus propias normas de tratamiento ante la posibilidad de inducción del trabajo de parto, con apego a las Normas del Sector Salud, y generar variantes del esquema sugerido en el estudio aquí realizado.	La relación de este estudio, está en que nos habla de las prácticas seguras de la inducción del parto, quedando claro que toda atención al paciente es de tipo individualizada, con enfoque en minimización de errores y bajo estricto protocolo.

Fuente: (Aragón, 2017)

Orden	Título del estudio:	Autores	Año de publicación	Revista o fuente de publicación: DOI/URL	Características del estudio	Diseño del estudio	País o región donde se realizó el estudio	Objetivo del estudio	Tamaño de la muestra	Intervención o exposición	Resultados	Principales hallazgos	Métodos de medición de los resultados	Conclusiones	Implicaciones para la seguridad del paciente durante el parto
3	Eventos adversos obstétricos y neonatales y asociación con modelos de atención: un estudio de cohorte.	Ribeiro, Kelly da Silva Cavalcante Magalhães, Adriana Simão ; Avelino, Ana Heloíza Granja ; Ramos, Matheus da Cruz Silva ; Santos, Paula Wendy Andrades ; Fonseca, Rodrigo Augusto Gonçalves ; Barros, Ângela Ferreira	2023	Portal Regional de la BVS	Método: Estudio de cohorte prospectivo realizado con 548 binomios, puérperas y sus recién nacidos, cuyo embarazo fue de riesgo habitual y parto vaginal, hospitalizados en tres servicios públicos, uno con modelo de atención exclusiva por enfermeras obstétricas (servicio A), otro con modelo de atención colaborativa con médicos y enfermeras obstétricas (servicio B) y uno con modelo de asistencia médica exclusiva (servicio C).	Estudio de cohorte	Brasil	analizar la prevalencia de prácticas en la atención del parto, eventos adversos obstétricos y neonatales y su asociación con los modelos de atención en tres servicios públicos de salud.	La muestra estuvo compuesta por días, puérperas y sus recién nacidos (RN), ingresados en el alojamiento conjunto de los sitios de estudio, durante el parto, de abril a agosto de 2019.	Inicialmente se realizó una entrevista a los participantes y un segundo contacto a los 42 días del nacimiento para complementar la recopilación del resultado del evento adverso.	Los resultados se relacionan con la aparición de eventos adversos se asoció con no utilizar el partograma y episiotomía. La probabilidad promedio de experimentar un evento adverso fue del 5% en el servicio A, del 21% en el servicio B y del 24% en el servicio C.	La aparición de eventos adversos se asoció con no utilizar el partograma y episiotomía. La probabilidad promedio de experimentar un evento adverso fue del 5% en el servicio A, del 21% en el servicio B y del 24% en el servicio C.	Los datos recolectados fueron ingresados y analizados en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 26.0. Para el análisis de los datos se realizaron medidas de tendencia central y dispersión para los datos cuantitativos y la frecuencia absoluta y relativa de los datos cualitativos. Luego, se utilizó la prueba de chi-cuadrado para analizar las diferencias estadísticas en el peso de los RN y en el puntaje de Apgar al 5º minuto y las características sociodemográficas de las puérperas de los tres servicios. Se utilizó la prueba exacta de Fisher para analizar las diferencias estadísticas.	Se concluye que los eventos adversos tuvieron menor probabilidad de ocurrir en el servicio donde actúa exclusivamente el enfermero obstétrico, en el que se identificó mayor aplicación de las recomendaciones para la asistencia al parto y al nacimiento.	Las implicaciones de este estudio con el presente, radica en el hecho de al comparar diferentes escenarios para evaluar los eventos adversos, se relacionan con la prevalencia comparable de los eventos adversos y que las diferencias que hay al respecto para la identificación de forma específica el problema identificado.

Fuente: (Ribeiro, 2023)

Orden	Título del estudio:	Autores	Año de publicación	Revista o fuente de publicación: DOI/URL	Características del estudio	Diseño del estudio	País o región donde se realizó el estudio	Objetivo del estudio	Tamaño de la muestra	Intervención o exposición	Resultados	Principales hallazgos	Métodos de medición de los resultados	Conclusiones	Implicaciones para la seguridad del paciente durante el parto
4	Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia	Ahumada, Juan Sebastián, Barrera, Angela María, Canosa, Daniela, Cárdenas, Laura, Uriel, María, Ibáñez, Edgar Antonio, & Romero, Ximena Carolina	2021	Revista de la Facultad de Medicina	Realizado en una población de gestantes que habían sido atendidas entre octubre de 2014 y mayo de 2018 en tres centros de control prenatal en Bogotá D.C. y que habían participado en el estudio primario "Validez diagnóstica de las pruebas predictoras de preeclampsia y restricción de crecimiento intrauterino en gestantes colombianas.	Estudio retrospectivo	Colombia	Identificar los factores de riesgo para parto pretérmino en un grupo de gestantes de Bogotá D.C., Colombia.	La muestra estuvo constituida por 452 pacientes y para su selección se tuvieron en cuenta las gestantes mayores de 14 años que ya habían dado a luz y cuyos hijos no tuvieran malformaciones congénitas.	Los centros de atención fueron Ecodiagnóstico El Bosque SAS (entidad privada), Clínica El Bosque (entidad privada con atención a pacientes afiliados al régimen contributivo de salud) y Unidad de Servicio Salud Occidente de Kennedy (antiguo Hospital de Kennedy y entidad pública con atención a pacientes afiliados al régimen subsidiado de salud y desafiados).	Los resultados indican que los factores de riesgo asociados fueron los siguientes: ser diagnosticada con preeclampsia severa, con un riesgo relativo (RR) de 7.47 (IC95%: 4.59-11.95); tener preeclampsia (severa y no severa), con un RR=5,05 (IC95%: 3.0-8.51), y ocurrencia de restricción del crecimiento intrauterino, con un RR=4.40 (IC95%: 2.44-7.98).	Dado el panorama, prevenir los factores de riesgo señalados es fundamental para disminuir la incidencia de PP y por ende sus complicaciones, para lo cual se debe promover la consulta preconcepcional, diseñar intervenciones preventivas de estos factores, promover la planificación familiar, garantizar la cobertura de la atención, diseñar programas de prevención nutricional y de cuidado personal para reducir infecciones y tamizar las enfermedades prevalentes durante el embarazo.	Los datos se recolectaron mediante muestreo consecutivo utilizando un formato diseñado por los investigadores, se digitaron en una base de datos del programa Microsoft Excel versión 2011 y se analizaron en el programa SPSS versión 24. Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias y porcentajes y las cuantitativas, mediante promedios, medianas y desviaciones estándar. Para determinar la asociación entre los factores de riesgo identificados y los PP se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson; asimismo se calculó el riesgo relativo (RR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%).	Se concluye que es necesario planear e implementar estrategias y políticas públicas en Bogotá D.C. que promuevan mejores prácticas de atención prenatal que, a su vez, permitan la detección temprana de condiciones como la preeclampsia y la RCIU, lo que hará posible reducir la incidencia de partos pretérmino en la ciudad y utilizar la experiencia y resultados obtenidos en el resto del país.	La implicación para el estudio es la importancia que tiene la planificación del parto junto con la identificación del riesgo que tiene la mujer embarazada para reducirlos, de tal forma se los pueda prevenir.

Fuente: (Ahumada, 2021)